

Opóźniony rozwój mowy na tle różnych zaburzeń komunikacji

Mowa nie jest umiejętnością wrodzoną. Człowiek nabywa ją w ciągu całego swojego życia w kontaktach z ludźmi. Prawidłowe kształtowanie się i rozwój języka dziecka jest podstawą kształtowania i rozwoju jego osobowości. Dzięki rozumieniu poznaje otaczający je świat, a dzięki umiejętności mówienia potrafi wyrazić swoje spostrzeżenia, pragnienia, uczucia oraz przeżycia. Kształtowanie się mowy dziecka ma ścisły związek z jego rozwojem społeczno-emocjonalnym. Częste kontakty werbalne z otoczeniem bogacą słownictwo, wpływają na opanowanie zasad gramatycznych, właściwe posługiwanie się melodią, akcentem i rytmem wypowiedzi.

Tempo przyswajania przez dzieci mowy i języka ojczystego jest różne. Pierwsze wyrazy pojawiają się w pierwszym lub drugim roku życia, ale w niektórych przypadkach rozwój ten może być opóźniony. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie zagrożeń i rozpoczęcie odpowiedniej terapii, co może zniwelować późniejsze następstwa poważnych zaburzeń rozwojowych.

Bardzo często niedorozwój mowy jest tym głębszy, im głębszy jest niedorozwój umysłowy. W niedorozwoju umysłowym głębokim opanowanie mowy waha się w granicach od niemocy do zdolności wypowiedzenia kilku słów, a w znacznym - mowa opiera się na zdaniach prostych lub składa się z wyrazów wspomaganych gestami. Słownictwo dzieci z diagnozą znacznej i umiarkowanej niepełnosprawności jest na ogół bardzo ubogie. W niedorozwoju umiarkowanym występuje zwolnione tempo rozwoju mowy. Natomiast w niedorozwoju lekkim wypowiedzi są ubogie pod względem leksykalnym - przeważa w nich słownictwo bierne. Dzieci mają trudność w przyswajaniu słownictwa i rozumieniu wypowiedzi.

U dzieci w normie intelektualnej, mowa jest ośrodkiem pośredniczącym w procesie rozwoju myślenia i wyobraźni. Dzięki niej, łatwiej orientują się w nowych sytuacjach, a poprzez słowa rozwiązują zadania. Natomiast dzieciom upośledzonym umysłowo, mowa pomaga w najprostszych zadaniach. Dlatego też nieopanowanie mowy wraz z prawami rozwojowymi osłabia wyuczone reakcje spostrzeżeniowo-ruchowe. Ocena rozwoju mowy i jej zaburzeń u dzieci upośledzonych jest trudna. Korekta wad wymowy zależy od wczesnej

diagnozy oraz intensywnej i właściwie organizowanej pomocy logopedycznej przy współdziałaniu rodziców i nauczyciela. Kształtowanie się mowy dzieci upośledzonych jest procesem znacznie wolniejszym niż dzieci w normie intelektualnej. Praca ta wymaga od logopedy rzetelności, systematyczności, a przede wszystkim umiejętności postępowania z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

I Charakterystyka etapów rozwoju mowy

Mowa jest bardzo ważnym czynnikiem, który warunkuje rozwój psychiczny człowieka oraz reguluje jego stosunki z otoczeniem. Jest to układ symboli reprezentujących otaczające ludzi zjawiska, służy do przekazywania informacji. Znaki mowy oznaczają przedmiot, którego w polu widzenia może nie być. Mówienie to budowanie wypowiedzi słownej polegające na wytwarzaniu treści myślowych i przekazywaniu ich odbiorcy za pomocą odpowiednich ruchów narządów mownych. Obejmuje procesy dokonujące się w mózgu i czynności obwodowych narządów mownych. Mowa, niebędąca czynnością wrodzoną, odgrywa ogromną rolę w społecznym życiu człowieka, gdyż kontakt z innymi ludźmi jest możliwy właśnie dzięki umiejętności mówienia i rozumienia tekstów słownych. Prawidłowe kształtowanie się i rozwój języka dziecka stanowi podstawę jego rozwoju w ogóle. Dzięki rozumieniu poznaje otaczający świat, a dzięki umiejętności mówienia potrafi wyrażać swoje spostrzeżenia, uczucia i przeżycia. Psychologowie rozpatrują proces rozwoju mowy w dwóch aspektach: ilościowym (obejmującym zasób używanych słów) i jakościowym (dotyczący nabywania i posługiwania się formami gramatycznymi). Jest on przede wszystkim warunkowany genetycznie, ale zależy też od warunków społecznych, kontaktu ze środowiskiem, z innymi mówiącymi ludźmi.

W rozwoju mowy istotna jest rola czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Kształtowanie się języka dziecka ma związek z jego funkcjonowaniem społeczno-emocjonalnym. Częste kontakty werbalne z otoczeniem przyspieszają rozwój, wpływają na doskonalenie wymowy, wspomagają wzbogacanie słownictwa, uczą prawidłowego stosowania zasad gramatycznych, właściwego posługiwania się melodią, akcentem i rytmem wypowiedzi (por. Porayski-Pomsta 2002a, s. 36-44).

Rozwój mowy jest procesem zindywidualizowanym i nie przebiega identycznie u wszystkich dzieci. W literaturze przedmiotu wyróżnia się zwykle cztery okresy rozwoju mowy dziecka: **melodii, wyrazu, zdania** oraz **swoistej mowy dziecięcej** (Porayski-Pomsta 2002b, s.77-83). Wspomina się także o okresie „zerowym”, zwanym też etapem

przygotowawczym lub wstępnym. Obejmuje on przedział od 3 do 9 miesiąca życia płodowego. W tym czasie wykształcają się narządy mowne. Czteromiesięczny płód odczuwa rytm balansu podczas chodu matki, a siedmiomiesięczny bicie jej serca, w ostatnich miesiącach przed urodzeniem zaczyna reagować na bodźce akustyczne.

Okres melodii (0-1 roku życia) – rozpoczyna się wraz z przyjściem dziecka na świat. W tym czasie noworodek komunikuje się z otoczeniem za pomocą płaczu spełniającego funkcję ćwiczeń oddechowych – krótki wdech i dłuższy wydech. Około 2-3 miesiąca życia pojawia się *głuzenie* będące odruchem bezwarunkowym, stanowiącym trening narządów artykulacyjnych. Pojawiają się głoski gardłowe – [k], [g], [x]. Głuzenie występuje u wszystkich dzieci, nawet tych z ciężkimi wadami słuchu. W drugim półroczu pojawia się *gaworzenie* polegające na powtarzaniu i naśladowaniu dźwięków mowy. Jest to już czynność zamierzona (odruch warunkowy). *Głuzenie* i *gaworzenie* są potwierdzeniem zmian rozwojowych dokonujących się w mózgu.

W okresie wyrazu (1-2 roku życia) – niemowlę zaczyna używać większości samogłosek (oprócz nosowych), wymawia też wiele spółgłosek: [p], [b], [m], [t], [d], [n], [k], [l]. Upraszcza grupy spółgłoskowe, głoski trudniejsze zastępuje łatwiejszymi artykulacyjnie. Coraz więcej rozumie z komunikatów przekazywanych przez otoczenie. Dużą rolę odgrywają w tym czasie onomatopeje. Pod koniec tego okresu dziecko wymawia około trzystu słów.

Między 2. a 3. rokiem życia dziecko wymawia wszystkie samogłoski oraz prawie wszystkie spółgłoski: [p], [b], [m], [u], [v], [f], [ś], [ź], [ć], [ż], [ń], [i], [k], [g], [k], [g], [x], [t], [d], [n], [l]. Pod koniec tego okresu mogą się pojawić głoski syczące: [s], [z], [c], [z], a czasem nawet szumiące: [š], [ž], [č], [ž]. Często te trudniejsze dziecko zastępuje łatwiejszymi do wymówienia. Zniekształcenia wymowy głosek mogą wynikać ze słabej jeszcze sprawności narządów artykulacyjnych. Okres ten cechuje również częste substytuowanie głosek syczących i szumiących ciszącymi ([ś], [ź], [ć], [ż]), zastępowanie głoski [r] przez [l] lub [i], upraszczanie grup spółgłoskowych oraz brak wyraźnych końcówek w wyrazach. Słownik wzbogaca się do około 1000 słów. Dziecko buduje w tym okresie proste zdania i używa niektórych zaimków, potrafi mówić o sobie *ja*.

Okres swoistej mowy dziecięcej (3-7 rok życia) – w tym czasie dziecko potrafi już prowadzić swobodne rozmowy. Częstym zjawiskiem jest przestawianie głosek (metatezy), a nawet całych sylab. W wymowie utrwalają się głoski syczące, szumiące i pojawia się [r]. Pod koniec okresu swoistej mowy dziecięcej wszystkie dźwięki języka polskiego powinny być opanowane, a mowa w pełni zrozumiała dla otoczenia. Przedstawiony schemat jest

uproszczeniem, jednak dla celów dydaktycznych jest to konieczne. Odstępstwa od niego mogą być liczne i różnorakie (idem).

Podsumowując, gaworzenie powinno się pojawić w 6. miesiącu życia, pojedyncze słowa w pierwsze urodziny, proste zdanie w drugie, zdanie rozwinięte na trzecie urodziny, a w czwarte dziecko powinno opowiedzieć krótką bajkę. Opóźnienia w pojawianiu się poszczególnych stadiów rozwoju nie powinny przekraczać 6 miesięcy. Natomiast, gdy dziecko ma 3 lata, a wypowiada tylko kilka słów, to należy się skonsultować z foniatrą lub logopedą, gdyż może to świadczyć o opóźnionym rozwoju mowy (ORM).

II Zakłócenia i zaburzenia w rozwoju mowy

W złożonym procesie nabywania sprawności językowych można dostrzec wyraźne różnice indywidualne, o których decydują zarówno uwarunkowania biologiczne, jak i społeczne, w jakich kształtuje się rozwój psychofizyczny dziecka. Można dostrzec wzajemną zależność wykształcania się mowy dziecka oraz rozwoju psychicznego i motorycznego. Dlatego też wszelkie zaburzenia funkcjonowania psychoruchowego mogą doprowadzić do zaburzeń mowy. Także zakłócenia rozwoju językowego mogą opóźnić lub upośledzać nabywanie innych funkcji psychomotorycznych.

Biorąc pod uwagę patomechanizm rozwoju mowy wyróżnia się **zaburzenia pierwotne** - będące bezpośrednim skutkiem działania czynnika patogenicznego, np. afazji oraz **zaburzenia wtórne** - powstałe na skutek działania czynnika patogenicznego, np. głuchota wywołuje zaburzenie komunikacji.

Ze względu na takie kryteria jak etiologia, patomechanizm oraz charakter obserwowanych u dzieci zjawisk językowych lokalizujących się na pograniczu normy lub poniżej niej, a także ich konsekwencji dla dalszego rozwoju wyodrębnia się w rozwoju mowy i języka **zakłócenia** (mowa rozwija się na prawidłowym podłożu i nie posiada patologicznego charakteru) oraz **zaburzenia** (mowa rozwija się na nieprawidłowym podłożu, tzn. nie ma warunków anatomicznych czy psychoneurologicznych do jej rozwoju).

Opóźnienia rozwoju mowy to zakłócenia w nabywaniu przez dziecko sprawności językowych. Pojawiają się one zazwyczaj już w pierwszych etapach rozwoju. Opóźnienia te obserwuje się zarówno w globalnych jak i wybiórczych aspektach oraz etapach mowy. Mogą się one przejawiać w postaciach: późniejszego pojawienia się gaworzenia lub pierwszych słów; ubóstwie słownika (mała liczba rozumianych i używanych słów); późniejszym

pojawieniu się w mowie dziecka zdań prostych i złożonych; dłuższym utrzymywaniu się w wypowiedziach dziecka nieprawidłowych struktur gramatycznych; dłuższym wymawianiu poszczególnych dźwięków mowy w sposób charakterystyczny dla wcześniejszego okresu rozwojowego. Wymienione przejawy zakłóceń w nabywaniu przez dziecko sprawności językowych są charakterystyczne dla tzw. **prostych opóźnień rozwoju mowy**, zwanych rzadziej **opóźnionym rozwojem mowy czynnej** (por. Zalewski 1992 s. 40-46). Przejawom tych zaburzeń nie towarzyszą żadne odstępstwa od normy oprócz chronologicznych, tzn. charakterystycznych dla wcześniejszego rozwoju mowy.

Zaburzenie to charakteryzuje dzieci, które wprawdzie zaczęły mówić z opóźnieniem, ale wymowa ich jest od razu prawidłowa pod względem fonologicznym. W stosunku do nich prognoza jest taka, że przy odpowiednich działaniach dydaktyczno-wyrównawczych z czasem „dogonią” swoich rówieśników. Opieka logopedyczna powinna więc polegać na czujnej obserwacji i oddziaływaniu profilaktycznym. Działania te dotyczą zarówno ogólnego usprawniania narządów artykulacyjnych, jak również organizowania sytuacji pobudzających rozwój mowy i myślenia.

Znacznie poważniejsze przejawy zakłóceń w nabywaniu sprawności językowych obserwuje się u dzieci, które zaczęły mówić we właściwym czasie, ale wymowa ich była zbyt długo nieprawidłowa oraz dzieci, które zaczęły mówić z opóźnieniem i długo wymawiały różne dźwięki nieprawidłowo. Oba wypadki to zaburzenia rozwoju mowy (pierwotne i wtórne) występujące u dzieci w okresie kształtowania i rozwoju języka (do 6-7 roku życia). Jest to zjawisko patologiczne polegające na wadliwej realizacji fonemów odbiegających od tradycyjnych norm. Dzieciom z takimi zaburzeniami nie wystarczy uzmysłowić różnic pomiędzy jego wymową a wymową poprawną. Dany dźwięk należy u takiego dziecka wywołać, a następnie utrwalić przez specjalnie dobrane ćwiczenia.

Opóźniony rozwój mowy to według M. Skorek (2000) późniejsze (o około 6 lub więcej miesięcy) pojawienie się poszczególnych etapów. Rozwój mowy różni się tu od prawidłowego zarówno w aspekcie ilościowym, jak i jakościowym, w sensie czynnie i biernie opanowanych elementów mowy w określonym czasie. Wyróżnia się **prosty opóźniony rozwój mowy** oraz **opóźniony rozwój mowy niesamoistny**, towarzyszący m. in. głuchocie, niedosłuchowi, zaburzeniom wzroku, upośledzeniu umysłowemu, zaburzeniom psychicznym, schorzeniom przemiany materii (np. histydemia, fenyloketonuria, homocystynuria), zaburzeniom ośrodkowego układu nerwowego takim, jak uszkodzenia korowych ośrodków mowy (dysfazja), uszkodzenia układu piramidowego (choroba Little'a, atoteoza, stany po przebytych zapaleniu mózgu), minimalne dysfunkcje mózgowe, jąkanie.

J. Surowaniec (1993) definiuje omawiane zaburzenie jako powolny rozwój mowy, gdy nie występują zmiany anatomiczno-fizjologiczne i do trzeciego roku życia mowa się nie rozwinięła. Wyróżnia opóźnienie mowy czynnej (ekspresywnej) oraz opóźnienie mowy biernej (impresywnej), czyli rozumienia mowy. Z. Tarkowski (1993) stwierdza, że to istotnie niższa sprawność językowa (dotycząca zarówno mówienia, jak i rozumienia), powstała w okresie kształtowania mowy dziecka i spowodowana różnymi czynnikami.

Pojęcie opóźniony rozwój mowy jest mało precyzyjne. Często różnice indywidualne w tempie i rytmie rozwoju poszczególnych dzieci są przejawem dysharmonii rozwoju, mówi się wtedy o nierównomiernym rozwoju mowy, a nie o patologii (por. Sawa, 1990; Zalewski 1992).

Opóźniony rozwój mowy czynnej – dość często występujący (u około 3% dzieci w wieku przedszkolnym), charakteryzuje się opóźnionym rozwojem artykulacji przy zachowanym prawidłowym rozumieniu mowy i sprawnych ruchowo mięśniach artykulacyjnych. Dziecko potrafi wymówić w izolacji prawie wszystkie głoski (czasami także sylaby), nie jest jednak w stanie złożyć ich w słowo i wypowiedzieć w należyтым tempie. Poziom umysłowy dzieci z opóźnionym rozwojem mowy czynnej jest zgodny z wiekiem.

Dzieci zaczynają zwykle mówić zdaniami około 3-4 roku życia, popełniają błędy artykulacyjne. Opóźniony rozwój mowy czynnej dotyczy zwykle dzieci właśnie w tym wieku, częściej chłopców niż dziewcząt (w proporcji 3:1). Terapia dziecka z opóźnionym rozwojem mowy czynnej musi być prowadzona pod stałą opieką lekarza foniatry lub logopedy. Jak pisze M. Skorek (2000), około roku po pojawieniu się zdań należy rozpocząć ćwiczenia logopedyczne polegające głównie na wywołaniu głosek, które do tej pory artykułowane były nieprawidłowo.

Według Barbary Wiśniewskiej (2002) opóźniony rozwój mowy wynika z wielu różnorodnych czynników, np. z braku możliwości mówienia, upośledzenia słuchu, niskiego poziomu inteligencji, opóźnionego dojrzewania układu nerwowego (szczególnie chodzi tu o opóźnienie mielinizacji włókien nerwowych), uszkodzenia mózgu, zaburzeń psychicznych, dysfunkcji ruchowych oraz uszkodzeń obwodowego narządu mowy.

Nadal brakuje precyzyjnych ustaleń dotyczących jakościowych i ilościowych kryteriów oceny opóźnionego rozwoju mowy. T. Gałkowski i G. Jastrzębowska (2001) proponują w diagnozie opóźnionego rozwoju mowy uwzględniać: objawy, patomechanizm i pochodzenie. Ze względu na objawy należy zwrócić uwagę: kiedy dziecko zaczęło mówić; jaki jest przedział czasowy między poszczególnymi etapami rozwoju mowy; które poziomy

i aspekty mowy rozwijają się z opóźnieniem; jaki jest poziom sprawności językowej. Należy także zwrócić uwagę na środowisko, w którym dziecko wzrasta; uwarunkowania genetyczne; indywidualne tempo dojrzewania OUN; przyczyny prenatalne, perinatalne i postnatalne. Jeśli chodzi o patomechanizm trzeba ustalić: czy zaburzenie rozwoju mowy jest pierwotne czy wtórne; jakie jest tło opóźnionego rozwoju mowy i jakie są jego konsekwencje; czy opóźnionego rozwoju mowy jest zakłóceniem, czy zaburzeniem rozwoju mowy; jaki wpływ ma opóźniony rozwój mowy na funkcjonowanie poznawcze, społeczne i emocjonalne.

W diagnozie opóźnionego rozwoju mowy bierze się pod uwagę: kryterium ilościowe (ile dźwięków wymawia dziecko, zasób jego słownictwa czynnego i biernego, czy konstruuje zdania proste, czy złożone); kryterium jakościowe (poprawność wymowy dźwięków, słów, umiejętność konstruowania zdań logicznych i gramatycznie poprawnych); wiek, w którym pojawiają się pierwsze słowa, zdania; przedział czasowy pomiędzy poszczególnymi etapami kształtowania i rozwoju mowy; poziom rozumienia przez dziecko mowy innych i rozumienie jego mowy przez otoczenie oraz ilość i jakość środków pozawerbalnych (czy dziecko nie nadużywa gestów i innych sposobów pozajęzykowego porozumiewania się) (por. Grabias, 1986).

Aby ustalić stopień opóźnienia rozwoju mowy można wykorzystać wskaźniki opracowane przez H. Spionek (1981) służące ocenie tego zjawiska. O poważnym ORM należy mówić, gdy mowa dziecka:

- rocznego jest na poziomie dziecka półrocznego (dziecko jedynie gaworzy);
- dwuletniego jest na poziomie mowy dziecka rocznego (wymawia kilka słów);
- trzyletniego jest na poziomie mowy dziecka półtorarocznego (tworzy jedynie równoważniki zdań, a słownictwo jest na poziomie dziecka półtorarocznego);
- czteroletniego jest na poziomie mowy dziecka dwuletniego (formułuje zdania proste, słownictwo czynne jest na poziomie dziecka dwuletniego, tj. około 300 słów);
- pięcioletniego jest na poziomie mowy dziecka 2,5-letniego (nadał zdania proste, słownictwo na poziomie dziecka 2,5-letniego);
- sześcioletniego jest na poziomie mowy dziecka trzyletniego (pojawiają się zdania złożone, wymawia ono 1000 – 1500 słów);
- siedmioletniego jest na poziomie mowy dziecka 3,5-letniego.

Mniejsze odchylenia czasowe w pojawieniu się kolejnych stadiów rozwojowych sugeruje lżejszy stopień opóźnienia rozwoju mowy. Im starsze dziecko, tym większy jest dopuszczalny przedział czasowy, lecz nie może ono przekraczać wymienionych wskaźników. Zdaniem H. Spionek (1981) lekki stopień opóźnienia rozwoju mowy stwierdza się wówczas,

gdy mowa dziecka dwuletniego jest na poziomie rozwoju dziecka półtorarocznego lub gdy u 7-8-latka rozwój mowy jest charakterystyczny dla dzieci 5-6-letnich.

Jak pisze J. Kania (1982), mowa opóźniona posiada charakterystyczne cechy, m. in. ograniczenie zasobu dźwięków (co wynika z substytucji). Dziecko zastępuje jedną głoskę drugą i wówczas maleje zasób fonemów, jakimi się posługuje. U dzieci z ORM przedłuża się okres rozwoju artykulacji:

- większość głosek jest zastępowana przez [t] oraz [a];
- samogłoski [e] oraz [o] są zastępowane przez [a];
- spółgłoski dźwięczne są zastępowane przez ich odpowiedniki bezdźwięczne (np. [b] przez [p]);
- do 5-6 roku życia może wystąpić ograniczony zasób spółgłosek miękkich (np. [ś], [ź]);
- [k], [g] mogą być zastępowane przez [t], [d] lub opuszczane (np. [kot] – [tot], [ot]);
- spółgłoski dentalizowane mogą być zastępowane przez [t] lub [d] (np. [sank'i] – [tank'i]);
- ujednoczenie realizacji trzech szeregów głosek dentalizowanych poprzez realizowanie tylko jednego z nich (np. [ś], [ź], [ć], [ż]);
- głoska [f] może być zastąpiona przez [x] (np. [fotel] – [xotel]);
- głoska [x] może być zastępowana przez [f];
- głoska [r] może być zastępowana przez [l] lub [j] (np. [ryba] – [lyba], [jyba]);
- głoska [l] może być zastąpiona przez [j] (np. [lalka]- [jajka]);
- głoska [ł] może być zastępowana przez [v] (np. [łapa] – [vapa]);
- głoska [v] może być wymawiana jak [ł] lub [x] (np. [vata] – [xata], [łata]);
- zdarza się również, że prawie wszystkie spółgłoski są opuszczane, a mowa opiera się jedynie na samogłoskach.

Ponadto w przypadku opóźnienia rozwoju mowy obserwuje się zbyt długo występujące (tj. po zakończeniu okresu swoistej wymowy dziecięcej) zjawiska, do których należy zaliczyć:

- metatezy, czyli przestawki głoskowe lub sylabowe (np. [łavka] – [vałka], [kanapa] – [kapana]);
- elizje, czyli opuszczanie głosek w nagłosie, śródgłosie i wygłosie (np. [kot] – [ot]);
- opuszczanie sylab początkowych (np. [kanapa] – [napa]);
- zmniejszanie liczby sylab w wyrazie;
- redukcja grup spółgłoskowych (np. [ščotka] – [śćotka]);
- częściowe lub całkowite ujednoczenie różnych grup spółgłoskowych;

- wymawianie przez dziecko pewnych głosek w wyrazach, których nie potrafi wypowiedzieć w izolacji czy w sylabach.
- kontaminacje, czyli tworzenie nowych wyrazów ze skrzyżowania dwóch różnych wyrazów;
- reduplikacje (powtarzanie) sylab końcowych lub akcentowanych;
- asymilacje, czyli upodobnienia;
- augmentatywy, czyli specyficzne zgrubienia wyrazów (np. [iabuuxo]);
- występowanie sylab początkowych w znaczeniu całego wyrazu;
- zniekształcanie wyrazów, tzw. neologizmy dziecięce lub nowotwory językowe.

Wymienione zjawiska mogą być symptomami opóźnienia rozwoju mowy, zwłaszcza, gdy obserwuje się je w mowie dziecka, które ukończyło 7. rok życia.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się **opóźnienie rozwoju mowy proste** (*alalia prolongata*, zwykle *opóźnienie rozwoju mowy*, *zespół opóźnienia mowy czynnej*, *wycinkowe opóźnienie rozwoju mowy*, *samoistne opóźnienie rozwoju mowy* – **SORM**) oraz **opóźnienie rozwoju mowy** (niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy – **NORM**) (por. Jastrzębowska, 1996, s. 53-56; Zaleski 1993).

Samoistne opóźnienie rozwoju mowy (SORM) jest następstwem zakłóceń procesu rozwojowego, natomiast niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy (NORM) – jego zaburzeń. Niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy nie wyrównuje się samo, a zaburzenia rozwoju mowy mogą się przejawiać różnorodnie i różne mogą być ich przyczyny.

Samoistne opóźnienie rozwoju mowy dotyczy dzieci słyszących prawidłowo oraz w normie intelektualnej. Nie stwierdza się u nich zmian anatomiczno-fizjologicznych, wyklucza się też działanie czynników środowiskowych. Charakteryzuje się przesunięciem w czasie o około sześć, a nawet dwanaście miesięcy poszczególnych etapów rozwoju mowy, szczególnie dotyczy to wyrazu i zdania. Poza opóźnieniem okresu wypowiedzania pojedynczych wyrazów czy zdań, rozwój mowy przebiega bez większych zakłóceń. Im jednak okres ten jest dłuższy, tym bardziej można zaobserwować pewne niepokojące objawy, które mają charakter przejściowy (np. okresowa niepełność mówienia, potocznie nazywana jąkaniem). Nie jest to patologia, lecz zjawisko rozwojowe. Dziecko z prostym opóźnionym rozwojem mowy mówi mało i niechętnie, używa gestów i mimiki jako sposobu porozumiewania się, wypowiada pierwsze lub ostatnie sylaby wyrazu, posługuje się wyrazami o bardzo prostej konstrukcji, niekiedy posługuje się tzw. własnym językiem, zrozumiałym tylko dla najbliższego otoczenia, długo (niekiedy nawet do 3 lub 4 roku życia) nie buduje zdań. Przyczyn tego zakłócenia należy upatrywać w opóźnionej mielinizacji włókien nerwowych lub dziedzicznie występującym opóźnieniu rozwoju mowy.

Niesamoistny opóźniony rozwój mowy, będący następstwem zaburzeń o określonej etiologii, to wywołane różnymi przyczynami zaburzenia, które w różnym zakresie mają charakter trwałe. Opóźnienie może dotyczyć wszystkich aspektów mówienia i rozumienia lub może odnosić się do niektórych z nich, np. rozumienia, słownictwa, gramatyki, artykulacji. Zwykle towarzyszy afazji, dyzartrii, dyslalii, jąkanii, niedosłuchowi, upośledzeniu umysłowemu, autyzmowi, mózgowemu porażeniu dziecięcemu, wadom rozwojowym OUN, epilepsji i innym (por. np. Zalewski 1992; Tarkowski 1993; Mitrinowicz 1963; Sawa 1990).

Niesamoistny opóźniony rozwój mowy może być izolowanym objawem zaburzeń rozwoju i dotyczyć tylko poszczególnych czynności lub może występować obok innych objawów zaburzeń procesów orientacyjno-poznawczych, emocjonalno-motywacyjnych czy wykonawczych. Wówczas jest jednym z wielu symptomów rozległych zespołów objawowych (jak w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego, upośledzenia umysłowego, autyzmu dziecięcego itd.) W przypadku NORM powstałe zmiany mają charakter trwałe, co oznacza, że w końcowej fazie rozwojowej mowa nie osiągnie normalnego poziomu i że jej zaburzeniom mogą towarzyszyć dodatkowe problemy, jak np. zaburzenia emocjonalne, zachowania, trudności w nauce szkolnej. Objawy nie ustępują samoistnie, tj. bez pomocy specjalistycznej.

Nie zawsze można określić w sposób jednoznaczny przyczyny opóźnionego rozwoju mowy, zwłaszcza gdy jest ich kilka. Najczęściej jednak poważne zaburzenia tego typu mają podłoże organiczne wynikające z uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, obwodowego narządu mowy i zaburzeń sensorycznych, które powstały pod wpływem biologicznych czynników patogennych, działających w okresie płodowym oraz okołoporodowym. Zdarza się, że niesamoistny opóźniony rozwój mowy jest następstwem deprivacji środowiskowej. Do społecznych (egzogennych) przyczyn opóźnienia rozwoju mowy zalicza się deprivacje emocjonalne oraz psychiczne, a także brak stymulacji rozwoju mowy (por. I. Styczek, 1980; także Spionek, 1981).

Opóźnienie rozwoju mowy wynikające z uszkodzenia CUN (przyczyny endogenne) mogą wywołać (por. Zaleski 1992; 1993):

- upośledzenie rozwoju lub uszkodzenie odpowiednich struktur korowych (ośrodków, obszarów mowy w mózgu) powstałe przed zakończeniem rozwoju mowy (patologia prowadzi do upośledzenia rozwoju zdolności językowych, do opóźnienia ich rozwoju);
- minimalna dysfunkcja mózgową, wywołana lekkim uszkodzeniem OUN w okresie płodowym, bądź we wczesnym dzieciństwie;

- uszkodzenie układu pozapiramidowego, dające charakterystyczny zespół zaburzeń – tj. zaburzenia oddechowe, fonacyjne, mowy – powoduje ono trudności w realizacji dźwięków mowy, które prowadzą do opóźnienia rozwoju zdolności ekspresyjnych;
- uszkodzenia opuszki w mózgowym porażeniu dziecięcym, których porażenie czy niedowład ma wybitnie destrukcyjny wpływ na ruch narządów aparatu artykulacyjnego;
- zaburzenia metabolizmu (np. fenyloketonuria), które wiążą się z czynnością OUN. Zmieniona przemiana materii wywiera blokujące działanie na rozwój komórek nerwowych, uszkadzając podłoże na którym w przyszłości powinna się rozwinąć mowa;
- napady padaczkowe stanowiące okresowe przerwanie czynności komórek układu nerwowego i towarzyszące napadom niedotlenienia mózgu mają niszczący wpływ na OUN.

Ze względu na rozległość opóźnienia T. Tarkowski (1993) wyróżnia opóźniony rozwój mowy *globalny* - obejmujący i mówienie, i rozumienie oraz *parcjalny* – dotyczący tylko niektórych aspektów rozumienia i mówienia. Według tego badacza opóźnienie może być równomierne (gdy wyniki wszystkich uzyskanych podtestów mieszczą się poniżej przeciętnej) lub nierównomierne (kiedy mieszczą się zarówno poniżej, jak i powyżej przeciętnej). Może być też głębokie, znaczne, umiarkowane, lekkie, co można ustalić na podstawie badań testowych, wywiadu i obserwacji.

Z lingwistycznego punktu widzenia w opóźnionym rozwoju mowy – w różnym stopniu – zaburzeniu ulegają cztery poziomy mowy, tj. fonetyczno-fonologiczny (dyslalie), syntaktyczno-morfologiczny (dysgramatyzm), semantyczno-leksykalny (ograniczony słownik czynny i bierny), zdaniowo-semantyczny. Natomiast z w ujęciu medycznym opóźniony rozwój mowy obejmuje różne, niejednolite zaburzenia, w których stwierdza się albo zupełny brak rozwoju mowy, albo rozwój bardzo wolny, ubogi, opóźniony lub nieprawidłowy. Termin ten nie jest więc rozpoznaniem, lecz oznacza tylko pewien stan zaburzeń, które mogą mieć pewne przyczyny (por. Pruszewicz, 1986).

III Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy

Niezależnie od przyczyn powodujących opóźnienie posługiwania się mową, warto jak najszybciej skonsultować się ze specjalistą, by nie „przespać” najlepszego momentu na udzielenie pomocy logopedycznej, a często także często psychologicznej. Często bardzo trudno zdiagnozować, co jest przyczyną opóźnienia rozwoju mowy. Warto więc diagnozę przeprowadzić jak najwcześniej, by mieć więcej czasu na usunięcie nieprawidłowości. Czasami zdarza się, że lekarze uspokajają rodziców, by poczekali i zobaczyli, co będzie dalej

z rozwojem mowy. W przypadku zaburzeń samoistnych okazuje, że dziecko rozwinęło mowę później, ale w przypadku zaburzeń patogennych, może się okazać, że straciliśmy czas, w którym można najbardziej efektywnie pracować nad rozwojem mowy i nie da się już nadrobić zaległości. Często praca z młodszym dzieckiem jest najskuteczniejsza, najkrótsza, a co za tym idzie najtańsza. Czasem bowiem zamiast wielomiesięcznej, a nawet kilkuletniej terapii wystarczyłyby działania profilaktyczne.

W postępowaniu logopedycznym najważniejszym krokiem jest postawienie trafnej diagnozy. Opiera się ona o dokładną analizę przeprowadzanych badań i obserwacji.

Na początku swojej pracy logopeda będzie przeprowadzał wywiad z rodzicami dotyczący rozwoju dziecka oraz obserwację dziecka. Będzie starał się ocenić mowę dziecka: jej zrozumiałość dla innych, jakość wypowiedzi, ilość słów, logikę zdań, ogólny sens wypowiedzi, płynność mowy, jakość artykulacji, tempo wypowiedzi, rozumienie poleceń, lub czytanego tekstu, płynność czytania i pisanie. Wykona badania narządów mowy – stanu aparatu artykulacyjnego, zbada percepcje słuchową, słuch fonematyczny. Z reguły wykona podstawowe badanie słuchu. Być może zaleci badania specjalistyczne. Jest ich bardzo wiele i mogą to być badania: neurologiczne, psychologiczne lub neuropsychologiczne, audiologiczne, pedagogiczne, foniatryczne, ortodontyczne, psychiatryczne, pediatriczne.

W zależności od ustalenia przyczyny opóźnienia, terapia u logopedy będzie wyglądała inaczej. W przypadku stwierdzenia samoistnego opóźnienia mowy prace zaczynamy od tego co dziecko lubi, by doświadczyło sukcesu na jej początku.

W każdym przypadku ważne by :

- kształtować i rozszerzyć rozumienie mowy;
- wzbogacać słownictwo;
- ćwiczyć używanie form gramatycznych poprawnie;
- stymulować wyrażanie stanów psychoemocjonalnych;
- usprawniać słuch fonemowy;

- włączyć w miarę potrzeby inne ćwiczenia usprawniające ogólny rozwój dziecka: ćwiczenia manualne, ruchowe, spostrzegania, integracji zmysłów.

Rodzice (opiekunowie) mogą:

- zachęcać dziecko do mówienia przez rozmowy, czytanie, zabawy;
- samemu ćwiczyć własną wymowę;
- dać dziecku szansę na ćwiczenia mowy w sytuacjach domowych (nie wyręczać i czekać aż samo powie);
- mówić do dziecka w zróżnicowany sposób starając się, by dziecko miało szansę zrozumieć wypowiedź (powtarzać, gdy trzeba, używać synonimów, gestów);
- starać się mówić prawidłowo i poprawiać wypowiedzi dziecka przez powtarzanie poprawnie, ale bez krytykowania dziecka;
- tłumaczyć dziecku, że inni też mają problemy w mówieniu i że każdy czasami „źle” mówi, by ośmielić dziecko i zachęcić do podejmowania prób;
- gdy się mówi do dziecka, schylić się, usiąść przed nim lub ukucnąć, tak, by mogło doświadczyć kontaktu wzrokowego;
- zadbać o kontakty z rówieśnikami;
- nie wywierać presji, nie oceniać; ale chwalić za sukces i zmagania mimo tego, że nie wychodzi dobrze.

Podczas zajęć bardzo ważne jest stworzenie życzliwej atmosfery towarzyszącej rozwojowi mowy. Należy zachęcać dziecko do mówienia i stawiania pytań poprzez udzielanie odpowiedzi, słuchanie go z uwagą oraz podtrzymywanie jego wypowiedzi.

Planując zajęcia nie wolno zapominać o tym, że pracę z dzieckiem należy rozpoczynać od tego, co jest dla niego najłatwiejsze, co sprawia mu najmniej trudności, by mogło przeżyć sukces. W terapii dziecka z opóźnieniem rozwoju podstawowym działaniem powinno być kształtowanie rozumienia mowy. Trzeba pamiętać, że rozwijanie i wzbogacanie słownictwa dziecka należy rozpocząć od nazywania przedmiotów konkretnych

i przedstawionych na obrazkach, nazywania czynności demonstrowanych przez dorosłego. Form gramatycznych należy uczyć dziecko w sytuacjach komunikacyjnych (przez dialog). Warto mieć na uwadze, że wszystkie ćwiczenia wykonuje się w trakcie zabawy i w sytuacjach życia codziennego – mają one sprawić dziecku przyjemność.

Warto w pracy z dzieckiem z ORM wprowadzić jakiś program słuchowy, z którego może dziecko wraz z rodzicami korzystać w domu, np. serię logopedyczną *Slucham i uczę się mówić*. To dość skuteczny program ćwiczeń językowych, które korzystnie wpływają na uwagę i koncentrację dziecka, kształtują właściwy wzorzec mowy oraz skłaniają do naturalnego naśladowania wypowiedzi. Seria składa się z 15 zestawów (książeczki + płyty CD). Program obejmuje ćwiczenia na słuchawkach dwa razy dziennie po 6-10 minut.

Pracując z dzieckiem, nie wolno prosić o powtórzenie słowa; zwracać uwagi na nieprawidłowe lub niedokładne artykulacje; wypowiadać uwag na temat innych dzieci, że ładnie mówią; kierować do dziecka niewerbalnych przekazów. Trzeba natomiast chwalić każde powtórzenie sekwencji głosek i sylab, nawet gdy niedokładne; rozumieć przekazy niewerbalne, ale kierować do dziecka tylko językowe; czytając książeczki, opowiadać, co jest na obrazku, a potem czytać tekst krótkimi fragmentami (najwyżej 3 zdania); czytać rytmiczne wierszyki (np. Brzechwy); dostarczyć dziecku możliwość słuchania piosenek dla dzieci; mówić melodyjnie, śpiewnie; śpiewać sylaby i zdania.

Bibliografia (wybór)

- Cieszyńska J., 2005, *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Kraków.
- Cieszyńska J., Korendo M., 2008, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Kraków.
- G. Jastrzębowska, 2003, *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*, w: [Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki], pod. red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębowskiej, Opole.
- Jastrzębowska G., 1997, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Audiofonologia”, t. 12, s. 135-143.
- Jastrzębowska G., 2000, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia”, t. 28, s. 69-84.
- Jastrzębowska G., 1996, *Podstawy logopedii dla studentów pedagogiki, psychologii, filologii*, Opole.

- Kania J. S., 1975, *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy ze wstępem A. Sołtys*, „Język Polski” LV 2 cz. I, LV 3 cz. II, Kraków.
- Kania J. S., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa.
- Kendall P. C., 2002, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, tłum. J. Kowalczevska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kołodziejczak M., 2000, *Opóźniony rozwój mowy*, „Gazeta Szkolna”, nr 32, s. 17.
- Kołodziejczak M., 2003, *Opóźniony rozwój mowy*, „Wychowawca”, nr 9, s. 18.
- Krasowicz G., 1993, *Czy dziecko z opóźnionym rozwojem mowy będzie dyslektykiem?*, „Scholasticus”, nr 2, s. 71-73.
- Loebl W., 2001, *Refleksje wokół komunikacji międzyludzkiej – implikacje dla interwencji językowej osób z problemami porozumiewania się [Osoby z porażeniem mózgowym, uszkodzeniem mózgu, opóźnieniem w rozwoju mowy i autyzmem]*, „Szkoła Specjalna”, nr 3, s. 137-140.
- Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach: materiały przygotowane na konferencję zorganizowaną przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki UW i Sekcję Logopedyczną Towarzystwa Kultury Języka w Warszawie, w dniach 7-9 czerwca 2002*, oprac. M. Przybysz-Piwkova, Warszawa 2002.
- Minczakiewicz E., 1996, *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, Kraków.
- Minczakiewicz E., 1990, *Logopedia*, Kraków.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1963, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, Warszawa.
- Polakowska M., 2006, *Opóźniony rozwój mowy*, „Bliżej Przedszkola”, nr 2, s. 16-19.
- Porayski-Pomsta J., 2002a, *Co warto i należy wiedzieć o istocie mówienia?*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 4, s. 4-9.
- Porayski-Pomsta J., 2002b, *O okresach rozwoju mowy dziecka*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 2, s. 77-83.
- Porayski-Pomsta J., 2002c, *Pragmalingwistyczne aspekty rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy”, z. 7, s. 36-44.
- Pruszewicz A., 1986, *Zaburzenia głosu i mowy*, [w:] *Pediatrica. Otolaryngologia wieku rozwojowego*, red. E. Kossowska, Warszawa.
- Pruszewicz A., 1972, *Zaburzenia mowy. Opóźniony rozwój mowy*, [w:] *Otolaryngologia kliniczna*, red. A. Zakrzewski, Warszawa.
- Rodak H., Nawrocka D., 1993, *Od obrazka do słowa. Poradnik dla pedagogów, logopedów i rodziców dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się*, Warszawa.
- Sawa B., 1990, *Dzieci zaburzeniami mowy*, Warszawa.

- Skorek J., 1999, *Lingwistyczne podstawy logopedii*, Zielona Góra.
- Spionek H., 1981, *Zaburzenia rozwoju mowy uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa.
- Stecko E., 1996, *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Surowaniec J., 1993, *Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.
- Szafraniec E., 1996, *Dziecko z rozpoznaną alalią w przedszkolu masowym*, „Przegląd Edukacyjny”, nr 1, s. 9.
- Szeląg E., 1998, *Sekundy i milisekundy wystawiania się: terapia zaburzeń mowy [Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, tzw. alalią dziecięcą]*, „Gazeta Wyborcza”, nr 52, s. 14.
- Tarkowski Z., 1993, *Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*, Lublin.
- Wiśniewska B., 2002, *Terapia zaburzeń mowy*, Warszawa.
- Zaleski T., 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.
- Zaleski T., 1994, *Wyniki badań słuchowych potencjałów wywołanych z pnia mózgu u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, „Otolaryngologia Polska”, nr 4.
- Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa.
- Zalewska M. M., 1996, *Charakterystyka psychologiczna dzieci z prostym opóźnieniem rozwoju mowy Cz. 1-2*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 3, s. 55-65, nr 4, s. 23-32.
- Zalewska M. M., 1998, *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą: psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*, Warszawa.
- Zarębina M., 1980, *Język polski w rozwoju jednostki: analiza tekstów dzieci do wieku szkolnego, rozwój semantyczny języka dziecka*, Kraków.
- Zarębina M., 1965, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wrocław.